

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TRANSMISSION DE LA SYPHILIS
PAR L'ALLAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

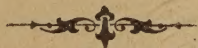
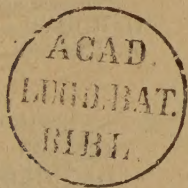
Le 15 Avril 1905

PAR

Paul PAOLANTONACCI

Né le 4 février 1869, à Grosseto-Prugna (Corse)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre,
	Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. SARDA, <i>président.</i>	MM. PUECH, <i>agrégé.</i>
BROUSSE, <i>agrégé.</i>	GUÉRIN, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE VENÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA TANTE JULIE

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE ET DE MA TANTE AMBROGI

A MA MÈRE ET A TOUTE MA FAMILLE

*(J'aime à vous réunir tous ici dans le même
sentiment d'affection.)*

A LA FAMILLE BRUGAT

A MES AMIS

A MONSIEUR A. BROUSSE

CONSEILLER A LA COUR D'APPEL

*(Qu'il veuille bien recevoir l'expression
sincère de ma vive reconnaissance pour
toutes les bontés qu'il m'a témoignées.)*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUSSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A TOUS MES MAÎTRES

INTRODUCTION

En suivant les cliniques si intéressantes de notre savant maître, M. le professeur agrégé Brousse, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, au mois de février dernier, deux malades atteintes d'une affection sans doute commune, mais des plus intéressantes et sur laquelle notre attention fut particulièrement attirée. Il s'agissait de deux nourrices en puissance de syphilis, contaminées toutes deux par leur nourrisson, l'infection s'étant faite au niveau des seins.

Certes, la question des chancres du sein n'est pas nouvelle, en particulier chez la nourrice, et les remarquables ouvrages du professeur Fournier semblent avoir mis définitivement les choses au point. Tout au plus, les deux cas qu'il nous a été donné d'observer pourraient-ils s'ajouter à la liste, déjà longue, des malheureuses « remplaçantes » infectées par un nouveau-né pris souvent au hasard et sans garantie aucune. Aussi en entreprenant des recherches sur la transmission de la syphilis par l'allaitement pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale n'avons-nous pas eu la prétention de reprendre l'étude du chancre du sein. Mais il nous a semblé que cette question méritait une certaine mise au point, en ce qui concerne le rôle du médecin en pareille occurrence.

Après un rapide historique, nous présenterons nos observations, et nous aurons à étudier les stigmates de la syphilis héréditaire précoce, qui permettront au médecin de faire un diagnostic hâtif et d'éviter ainsi la dissémination de l'infection. Dans un second chapitre, nous esquisserons l'histoire clinique de la syphilis mammaire primitive et nous terminerons par une étude à la fois médico-légale et prophylactique en tâchant d'indiquer et de préciser pour le praticien les conditions dans lesquelles il peut éviter la contamination et son rôle une fois la contamination faite.

Mais avant d'aller plus loin, nous avons un devoir bien agréable à remplir ; celui d'exprimer publiquement notre reconnaissance à M. le professeur Brousse, qui n'a cessé de nous témoigner de l'intérêt pendant nos études et a bien voulu nous indiquer ce sujet de thèse, ajoutant ainsi une bienveillance de plus à toutes celles dont nous lui sommes redevable.

Que M. le professeur Sarda, qui nous fait l'honneur de présider à cette soutenance de thèse, veuille bien recevoir l'hommage de notre profond respect.

Nous ne saurions non plus oublier l'accueil sympathique qui nous fut fait par M. le professeur Jeanbrau, à notre arrivée à Montpellier, et nous sommes heureux de lui adresser ici tous nos remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TRANSMISSION DE LA SYPHILIS

PAR L'ALLAITEMENT

HISTORIQUE

L'infection des nourrices par les enfants syphilitiques a été signalée depuis longtemps. En 1497, presque au début du « mal français », Gaspard Torella écrivait ceci : « *Sæpius vidi infantem infectum hoc morbo multas nutrices infecisse.* » Après lui, Aquilanus, Catanée, Almenar, Paracelse apportent successivement des observations semblables. Mais tous ces auteurs n'entendaient parler que d'une chose : la contamination d'une nourrice saine par un enfant en état de syphilis acquise.

C'est Amatus Lusitanus qui, le premier, en 1554, relata une épidémie de vérole due à un enfant hérédo-syphilitique. L'enfant infecta sa nourrice qui transmit le mal à son mari, puis à deux autres enfants qui contaminèrent leur mère, etc. La notion de la transmissibilité de la syphilis héréditaire par l'allaitement était ainsi mise en évidence et les cas nombreux cités plus tard par Brassavole, Ferrier, Haschard, Rondelet,

Paré et Astruc, ne faisaient que confirmer la première observation de Lusitanus.

Mais à partir de 1786, époque à laquelle Hunter publia son *Traité de la maladie vénérienne*, la question subit un temps d'arrêt. L'enfant ne contaminant jamais la mère qui l'allaita, disait l'école huntérienne, ne peut de même contaminer d'autres personnes.

Colles devait détruire complètement cette opinion, en 1837, en annonçant que, pour être sans danger pour sa mère, l'enfant syphilitique l'était pour la nourrice étrangère ; vérité que les faits s'ajoutant aux faits, devaient depuis se charger de confirmer.

On peut en trouver une preuve dans la grande fréquence des chancres du sein, chez la femme, chancres qui, comme le dit le professeur Fournier, « sont, pour l'énorme majorité l'apanage des nourrices ».

Dron, à l'Antiquaille, relève, dans l'espace de dix ans, 107 cas de chancres mammaires.

M. Fournier, dans sa statistique de ville et d'hôpital, en réunit 59. Ailleurs, il raconte l'histoire de 136 nourrissons qui, expédiés en province, contagionnèrent en cinq ans 86 nourrices.

Ses élèves (Nivet, Morel-Lavallée, Veslin, Feulard et Dimy) signalent de 1886 à 1890, 51 femmes infectées à la mamelle.

En 1903, 24 nourrices sont contaminées dans le département du Rhône, par les enfants de l'assistance.

De l'étranger encore, nous sont venues des relations d'épidémies tristement célèbres : témoin celles rapportées par Riccardi qui eurent toujours pour point de départ un enfant au sein ; l'un, à Uboldo, contamina 17 personnes ; l'autre, à Marcello, fit 16 victimes ; le troisième, dans les Abruzzes, contagionna plus de 300 personnes. Mikhaïloff, au congrès de

Moscou, a signalé 136 cas d'infection de nourrices par des hérédo-syphilitiques, de 1894 à 1896.

L'histoire de semblables épidémies doit peser constamment sur l'esprit du médecin, qui ne saurait apporter trop de soins dans l'examen d'un nouveau-né, pour s'assurer qu'il ne présente aucun signe de syphilis, examen dont dépendront les mesures à prendre pour prémunir la nourrice et la société contre le danger qui les menace.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Résumée)

(Communiquée par M. le professeur agrégé Brousse.)

Le 6 août 1899, l'Administration de l'Assistance publique d'un département voisin confia à une femme de 43 ans, mariée et mère de plusieurs enfants, un nourrisson, né à l'hospice huit jours auparavant d'une fille soumise et paraissant sain à ce moment-là. Mais au bout d'un mois environ, apparurent sur le corps de cet enfant des papules rouges suintantes, siégeant particulièrement aux aines et aux différents plis articulaires, puis des plaques ulcérées aux lèvres et au pourtour de la bouche et du nez. En même temps, l'enfant présenta des troubles digestifs (vomissements, diarrhée) de plus en plus accentués ; il se produisit un amaigrissement progressif et l'enfant succomba aux progrès de la cachexie le 29 septembre.

Quinze jours après la mort de l'enfant, la nourrice voit apparaître au pourtour du mamelon gauche deux ulcérations rondes, dures, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, qui s'accompagnaient d'un engorgement ganglionnaire multiple et volumineux sous l'aisselle correspondante. Au bout de deux mois environ, surviennent des taches et des boutons

rouges sur le corps, des ulcérations de la bouche et de la langue, en même temps qu'elle souffre de céphalées violentes, particulièrement la nuit, tous symptômes caractéristiques d'une syphilis constitutionnelle.

Cette femme intenta une action en dommages à l'assistance publique. M. Brousse fut chargé, en 1899, d'une expertise médico-légale à ce sujet et de l'examen de la nourrice chez laquelle il trouva avec les signes d'une syphilis encore en activité et compliquée d'état cachectique, la cicatrice persistante encore des chancres du sein gauche.

De l'enquête minutieuse à laquelle il se livra, il put conclure que l'enfant confié par l'Assistance publique à cette nourrice avait bien présenté des accidents d'hérédo-syphilis et qu'il était l'auteur de la contamination syphilitique de cette femme, et que, par suite, cette femme avait subi un dommage sérieux dont on lui devait une juste réparation.

OBSERVATION II

(Recueillie par M. Bruc, aide de clinique.)

La nommée Julie P..., âgée de 35 ans, ménagère à Montpellier, se présente le 14 février 1905 à la consultation externe du service dermatologique. Interrogée, elle n'accuse aucune maladie antérieure. Elle est mariée depuis dix ans et a eu six grossesses : de la première, de la quatrième et de la sixième, elle a eu trois enfants actuellement vivants et bien portants ; la deuxième s'est terminée par un avortement à quatre mois ; la troisième par un accouchement gémellaire à sept mois (les nouveau-nés sont morts quelques mois après) ; la cinquième par un avortement à trois mois. Son mari, est, dit-elle, en bonne santé.

La maladie pour laquelle elle vient consulter, a débuté, il y a environ neuf mois. Fin mars 1904, la malade prend en nourrice un enfant de un mois, fils d'une prostituée. Elle allaitait, depuis près d'un mois, quand elle a remarqué sur le sein gauche deux ulcérations. L'une qui avait environ les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, siégeait sur la partie externe du mamelon, et avait une forme en volet, empiétant à la fois sur le mamelon et sur l'aréole. La seconde, de dimensions un peu moindres, se trouvait dans le quadrant supéro-externe, juste en dehors de la région aréolaire. Ces deux ulcérations étaient indolores, ne suppuraient pas et s'accompagnaient d'adénite axillaire. Mais ce n'est que vers le mois de juin, que la malade se sent sérieusement atteinte. Elle présente à ce moment, une éruption de roséole assez intense pour s'en apercevoir elle-même ; en même temps elle a de violentes céphalées nocturnes qui ne la quitteront qu'en octobre, et peu après elle se plaint de douleurs articulaires surtout la nuit. C'est dans ces conditions qu'elle se présente le 28 juin à la consultation des docteurs Bosc et Cotsaftis qui portent le diagnostic de syphilis secondaire. Le nourrisson a, d'ailleurs, tous les caractères de l'hérédosyphilitique (facies de petit vieux, nez écrasé avec cornage permanent, éruption papuleuse aux fesses, déformation de la voûte palatine) et meurt le 2 juillet.

En septembre, la malade qui avait suivi un traitement irrégulier, presque nul, est prise de maux de gorge, avec cuisson et dysphagie, maux de gorge qui se traduisent bientôt par de l'enrouement pour aboutir fin décembre à l'aphonie complète. En même temps survient une alopécie en clairière bien caractéristique. On institue à ce moment (22 décembre) le traitement par les frictions mercurielles. Les lésions persistant malgré tout la malade se décide à venir consulter le 14 février.

Etat actuel. — A l'examen du sein gauche, on voit deux

cicatrices blanches gaufrées et comme vernies, sans induration, siégeant aux points où étaient les ulcérations primitives. On ne sent pas de ganglions axillaires, mais on trouve de la polyadénite cervicale. Comme accidents, la malade a une aphonie complète et une très forte alopécie. Pas de plaques sur les piliers ni sur la langue.

L'examen laryngoscopique, pratiqué le 16 par M. le professeur Hédon, montre de la congestion du larynx, avec rougeur des cordes vocales, sans ulcérations ni tumeurs.

L'état général est précaire. On ordonne des pulvérisations laryngées au sublimé à 1/2000. A l'intérieur, la malade se refusant aux injections intra-musculaires, on prescrit deux pilules de Ricord par jour. Pour l'alopécie, solution excitante au sublimé et à l'acide acétique.

Le 28 février, sous l'influence du traitement, l'état général s'améliore, la voix est revenue, quoique encore rauque.

4 avril. — Bon état général, voix normale ; les cheveux sont en bonne repousse, mais la malade fait de la stomatite ulcéreuse qui nécessite la suspension du traitement.

OBSERVATION III

(Recueillie par M. Vennes, interne.)

Le mercredi 15 février 1905, entre dans le service de M. le professeur Brousse, pour *ulcérations du sein*, la nommée B... R..., âgée de 27 ans, veuve depuis 14 mois. Ses parents sont bien portants et de bonne santé habituelle. Mère de trois enfants ; l'aîné, venu avant terme, non viable, à la suite d'un accouchement provoqué par un traumatisme, est mort quinze jours après sa naissance ; des deux autres, âgés respectivement de trois ans et 14 mois, le premier a été atteint à deux

reprises d'impétigo, le plus jeune présente en ce moment une ulcération au niveau de la lèvre supérieure gauche, possédant tous les caractères du chancre induré et accompagné d'une adénite sous-maxillaire à prédominance unilatérale dont la nature spécifique ne laisse pas le moindre doute. Quelques papules très discrètes, coloration cuivre rouge, éparses sur le ventre, en sont la signature.

La malade n'accuse aucune maladie antérieure, sauf quelques légers rhumes l'hiver jusqu'à la fin septembre 1904. A ce moment (27 septembre 1904), elle prend un nourrisson de trois jours, d'apparence saine : deux semaines plus tard, cet enfant maigrit, diminue de poids, refuse de téter, le ventre se ballonne ; en même temps, on constate des bulles de pemphigus au niveau de la plante des pieds et de la paume des mains, une éruption de papules rouges sur le cuir chevelu, une grosse phlyctène dans le dos et des plaques muqueuses buccales. Un médecin consulté déclare que l'enfant est atteint de syphilis. La nourrice le rend à sa famille le 1^{er} novembre, et, en proie, depuis quelques jours à des démangeaisons violentes nocturnes, localisées surtout aux seins, elle rentre à l'hôpital Suburbain où l'on diagnostique une gale banale que l'on soumet au traitement de deux heures.

Aucun phénomène anormal n'avait attiré l'attention du côté du sein où l'on retenait simplement des lésions de grattage et des papules de prurigo. Après la frotte, survient un abcès superficiel qui cicatrise par l'incision et des pansements humides. Sortie guérie après un séjour du 3 au 18 novembre, elle réintègre l'hôpital le 25 du même mois, dans le service de M. le professeur Baumel, où elle accompagne son jeune enfant, en proie à des douleurs dentaires et à de la stomatite. Ni M. Baumel, ni le chef de clinique n'ont observé à aucun moment de modifications du côté des seins de la mère. Sur ces entrefaites, elle réalise une fièvre typhoïde pour laquelle elle passe

dans le service de M. le professeur Grasset. De moyenne intensité, la dothiénenthérie est cependant entrecoupée d'une rechute et se prolonge du 4 décembre au 27 janvier, convalescence comprise. Les derniers jours, on a remarqué sur les seins des lésions qui paraissaient des érosions banales sur lesquelles on a fait des applications humides.

La malade quitte l'hôpital ; la persistance de ces ulcérations l'amène aux consultations gratuites de M. le professeur Brousse qui la reconnaît atteinte de *chancres du sein* et l'envoie dans son service du Suburbain. Actuellement, sur le sein droit, à deux centimètres au-dessus du mamelon et sur la ligne verticale, existe une érosion circulaire de la grandeur d'une pièce de un franc ; de coloration rouge chair musculaire, elle est entrecoupée à la partie inféro-interne d'une ulcération coniforme, de la grosseur d'un pois, à grand axe oblique en bas et en dehors, à fond blanchâtre et couvert d'une sécrétion trouble, très peu abondante ; par places, l'érosion principale est parsemée d'exsudats punctiformes hémorragiques ; le contour de la lésion est un cercle complet tandis que le pourtour légèrement brunâtre est faiblement élevé en dos d'âne ; enfin cette érosion repose sur une base assez saillante, dans laquelle la palpation met en évidence une induration que la malade compare à la consistance d'une pierre.

Sur le sein gauche, on constate la présence de huit exulcérations, situées respectivement, l'une sur le sommet du mamelon, deux dans le quadrant supéro-externe, cinq dans le segment inféro-interne. Celle qui est à cheval sur le mamelon est recouverte d'une croûte dont l'ablation laisse voir une érosion rouge, régulière, ovalaire, à grand diamètre vertical, faiblement exsudative, cerclée d'une aréole blanchâtre de 5 à 6 millimètres de largeur ; le tout repose sur une tuméfaction saillante très dure. Des deux lésions supéro-externes, l'infé-

rière, débarrassée des croûtes qui la surmontent, est rouge, indurée, cerclée d'un liséré rose tendre, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, contiguë à la supérieure qui revêt l'aspect d'une fente linéaire transversale de 5 millimètres de longueur sur deux millimètres de largeur, également rouge, indurée et entourée d'un anneau rose. Enfin, disposées sur deux lignes verticales parallèles, dans le secteur inféro-interne, deux en dedans, trois en dehors, cinq papules bouton-neuses, rouges, de la grosseur d'un noyau de cerise, érodées, à l'exception de la plus centrale. Aucune de ces lésions n'a provoqué, ni ne s'accompagne de phénomènes subjectifs, douleur, cuisson, démangeaison.

Par contre, le retentissement sur le système lymphatique limitrophe est très accentué ; du côté droit tout particulièrement, sur la face interne du creux de l'aisselle, contre le grand dentelé, la palpation révèle une pléiade ganglionnaire : ganglions multiples fuyant sous le doigt, durs, petits, d'égales dimensions, à l'exception d'un seul plus volumineux. Deux ou trois tumeurs arrondies, superposées tout au sommet de la pyramide axillaire résument l'engorgement lymphatique de la moitié gauche du corps.

En dehors des altérations du sein, le jeu des organes s'effectue d'une façon régulière : absence complète de troubles digestifs, circulatoires, nerveux, sensoriels, articulo-moteurs.

Une toux sèche et de la dyspnée dont se plaint la malade, ont leur origine dans une lésion du poumon droit, se traduisant par de la submatité, de l'exagération des vibrations, de l'obscurité respiratoire. Aux bases, légers signes de congestion.

La malade a été soumise à un traitement énergique par les injections intramusculaires de biiodure de mercure associé au cacodylate de soudé. Localement elle a employé une pommade à l'iodoforme. Les chancres ont rapidement cicatrisé et

la syphilis évolue dans les meilleures conditions. Quant à son jeune enfant, le chancre de la lèvre a rapidement guéri et son état général est excellent grâce à l'emploi d'injections quotidiennes de un milligramme de biiodure de mercure.

Les trois observations que nous venons de rapporter, nous ont paru du plus grand intérêt clinique et pratique. Chaque fois la contamination s'est faite par des enfants héréditairement syphilitiques, mais venus au monde en apparence sains, puisqu'on a pu les mettre en nourrice, une fois au troisième jour, une fois après la première semaine, et une fois enfin après un mois. Dans les trois cas, les nouveau-nés, qui n'ont d'ailleurs pas résisté à leur infection, ont contaminé leurs nourrices au sein, deux fois à gauche avec deux chancres, une fois des deux côtés, avec un chancre à droite et huit à gauche.

Deux des nourrices infectées, ont montré la première fois deux ans (obs. première), la seconde fois un an (obs. II) après le chancre, une cicatrice visible et pathognomonique, alors que les auteurs, Fournier en particulier, considèrent sa persistance comme beaucoup moindre.

Dans les trois cas, la syphilis s'est manifestée grave dès le début. L'observation première nous montre la malade en état de cachexie profonde : dans l'observation II, nous voyons une aphonie complète avec alopecie grave : dans la troisième enfin la malade a été surtout affectée moralement tant par son infection ou celle de son enfant que par les soucis que lui procure son action en justice. Notons également que dans ce dernier cas, la syphilis transmise à la mère a eu pour terrible conséquence l'infection de son enfant.

Au point de vue pratique nous devons retenir ce fait que le délai de neuf jours officiellement accordé au médecin par l'as-

sistance publique pour se prononcer sur l'état sanitaire d'un nouveau-né, est par trop insuffisant. Notons aussi que dans notre troisième observation l'évolution des chancres a été quelque peu anormale, en vertu même de la fièvre typhoïde intercurrente.

CHAPITRE PREMIER

DES STIGMATES DE L'HEREDO-SYPHILIS PRECOCE

Existe-t-il des signes permettant de faire un diagnostic précoce de la syphilis congénitale ? Il y en a, mais ils peuvent ne pas se manifester dès les premiers jours et c'est le cas des 136 nourrissons, dont l'histoire est rapportée par Fournier, qui, envoyés en nourrice, après un examen négatif, contaminèrent, en 5 ans, 86 nourrices. Dans les trois premiers jours de la naissance, les manifestations spécifiques extérieures, le pemphigus à part, sont rares. Elles deviennent plus fréquentes à partir de la première semaine pour atteindre leur maximum de la troisième à la cinquième semaine. Elles décroissent ensuite progressivement et deviennent rares. Il existe donc une période en apparence silencieuse, pendant laquelle les signes spécifiques de la syphilis extérieure font défaut et ceux de la syphilis organique ne sont pas toujours appréciables. A ce moment il est impossible au médecin de se prononcer d'une façon affirmative sur l'existence de la syphilis.

Les symptômes observés au moment de la naissance ou dans les premiers jours qui suivent, chez l'hérédo-syphilitique, sont de deux ordres : les uns ont une valeur indéniable, dont la seule constatation suffit à poser le diagnostic. Ce sont les syphilides cutanées et muqueuses, le coryza, etc., que

nous réunirons sous le titre de signes pathognomoniques spécifiques. D'autres (aspect de petit vieux, diminution de poids, etc.), n'ont qu'une valeur de probabilité : on peut les constater dans d'autres maladies. Mais leur présence, sans donner au médecin la certitude dont il aurait besoin, éveillera toujours en lui des doutes qui traceront sa ligne de conduite. En toutes circonstances d'ailleurs, ne jamais oublier les commémoratifs.

A. — SIGNES PATHOGNOMONIQUES SPECIFIQUES

Syphilides cutanées et muqueuses. — « Ce symptôme, dit Diday, est incomparablement le plus fréquent chez le nouveau-né, comme aussi celui qui envahit les surfaces les plus étendues et affecte les sièges les plus variés. »

On les trouve en effet un peu partout : aux plis génitaux cruraux, à l'ombilic, aux aisselles; sur le cuir chevelu, mais elles ont une prédilection marquée pour les organes génitaux (bourses et vulve), la face, la bouche, le pharynx et le larynx.

Leur aspect varie suivant qu'elles siègent sur la peau ou sur les muqueuses.

A la peau et sur les parties où le revêtement cutané est habituellement sec, ce sont des élevures peu saillantes, d'abord rouges, ensuite violacées, ayant les dimensions d'une lentille et limitées par un bord arrondi. L'épiderme, soulevé par le gonflement du corps muqueux, tombe par la suite et laisse un liséré blanchâtre au pourtour de la tumeur. Là où la peau est plus humide, l'épiderme ramolli se détache beaucoup plus vite et livre passage à une sécrétion d'odeur fétide plus ou moins abondante. Exposée à l'air, comme cela arrive à la commissure des lèvres et au cuir chevelu, cette sécrétion se transforme en croûtes parfois très étendues.

Aux muqueuses, les plaques sont beaucoup moins saillantes et beaucoup plus tôt ulcérées. « En les examinant dès le début, on reconnaît une simple élevation blanche, dont le contour irrégulièrement arrondi forme le principal cachet syphilitique ; mais bientôt des points excavés se dessinent au centre de cette surface et au bout de fort peu de temps, ce n'est qu'une ulcération qui se présente à l'œil du médecin. C'est, comme dans la syphilis acquise, un ulcère superficiel, offrant toujours une forme arrondie, en croissant, en fer à cheval, en ellipse à couleur blanche, diphtéritique, ne devenant rouge que sur le point de guérir.

« Ces ulcérations spéciales attaquent tous les points, depuis les lèvres jusqu'à l'isthme du gosier, tantôt s'y plongeant de l'extérieur, tantôt circonscrites à la muqueuse même. Cependant, il est quelques-unes de ces parties où elles semblent se localiser plus particulièrement : sillon qui unit les gencives aux lèvres, le frein de la lèvre supérieure ; une ligne horizontale antéro-postérieure occupant le milieu de la joue ; les bords et la pointe de la langue, la voûte palatine, les piliers du voile du palais et les amygdales. Mais parfois elles n'affectent que l'un de ces sièges et, dans ce cas, après les lèvres, c'est le plus souvent les bords de l'isthme guttural qui en sont seuls atteints. » (Diday.)

Ces plaques muqueuses, si dangereuses pour la nourrice, ne devront pas être confondues avec la stomatite, les aphtes, le noma, le muguet, etc.

Pemphigus. — Plus fréquent que les autres éruptions cutanées syphilitiques, le pemphigus se montre à la naissance ou dans les trois ou quatre jours qui la suivent. On l'a toutefois constaté plus tard. Il a pour siège de prédilection la plante des pieds et la paume des mains. Rarement, on l'a vu débiter ailleurs ou s'étendre sur le reste du corps.

Le pemphigus se manifeste :

a) Quelquefois, par des éléments érythémato-papuleux de forme circulaire, en croissants assez réguliers ou à contours polycycliques ; les bords sont rouges et saillants, le centre est déprimé ;

b) Plus souvent, par des taches rouges foncées ou violacées, non saillantes, au niveau desquelles l'épiderme est finement plissé ;

c) Enfin, par une forme bulleuse qui n'est qu'une transformation des deux précédentes. Deux ou trois jours après l'apparition des macules, parfois vingt-quatre heures après, l'épiderme se soulève pour former des bulles de la grosseur d'un pois ou d'une petite noisette, sous lesquelles s'accumule un liquide tantôt transparent, tantôt purulent d'emblée, verdâtre ou sanguinolent. Ces bulles se forment parfois *in utero* et sont ainsi apparentes dès la naissance. La peau qui les sépare a une coloration sombre « variant, dit Fraleu, de la teinte hortensia au violet foncé. » Les macules violacées peuvent disparaître du soir au lendemain, sans arriver à la forme bulleuse ; l'épiderme central tombe, laissant à sa place une collerette (collerette de Biet).

Quant aux bulles, leur évolution est ordinairement un peu plus longue. Elles peuvent disparaître : ou bien par affaissement, le liquide qu'elles contenaient s'étant résorbé ; ou bien par ouverture de leurs poches. Dans ce dernier cas, le liquide s'écoule au dehors et l'on voit à la place occupée par la bulle, une surface rouge ulcérée, que limite un cercle violacé.

D'un pronostic grave, par sa durée et l'état de cachexie qui l'accompagne, le pemphigus syphilitique, dont nous venons d'esquisser rapidement la physionomie, ne doit pas être confondu avec une affection semblable, souvent constatée chez le nouveau-né, et qui est le pemphigus simple. Celui-ci se différencie du premier :

a) *Par son début* : il n'existe jamais au moment de la naissance et ne se produit guère avant trois semaines ;

b) *Par son siège* : on le trouve plus spécialement au cou, aux aisselles, aux cuisses, là où la peau fait des plis ;

c) *Par l'aspect de ses bulles* : elles ne sont pas purulentes d'emblée, mais d'abord transparentes ;

d) *Par son évolution* : elle est plus rapide et se termine par une guérison à peu près certaine.

Coryza. — C'est un symptôme précoce et qui fait rarement défaut. Mackensie et Ripault l'ont vu apparaître dès la première semaine de la vie, mais habituellement, il se montre du deuxième au quatrième septenaire, quelquefois même plus tard.

« Il débute toujours, disent Lassègue et Trousseau, par l'intérieur des narines et y accomplit le plus ordinairement son entière évolution ; il a moins de tendance à gagner les parties extérieures qu'à pénétrer profondément vers le pharynx et à gagner la voûte du palais. »

Dans l'intérieur du nez, des sécretions âcres et irritantes amènent l'hyperhémie et l'épaississement de la muqueuse pituitaire. Un liquide d'abord séreux, puis muqueux et enfin purulent s'écoule par l'orifice postérieur des fosses nasales et sa déglutition donne lieu à des troubles gastro-intestinaux, dont la diarrhée est le phénomène le plus apparent.

Au dehors, le jetage nasal produit une rougeur vive de la peau de la lèvre supérieure ; des ulcérations et même des fissures s'y produisent. C'est ce jetage qui sera, chez la nourrice, le point de départ d'une syphilis mammaire, par suite de l'irritation qu'il entretiendra chez le mamelon.

A un degré plus avancé, des croûtes brunes, verdâtres, striées de sang et d'une odeur fétide, adhèrent fortement à la

lèvre supérieure et obstruent le vestibule du nez. L'enfant qui, dès le début, présentait de l'enchifrènement et de la difficulté de la respiration, refuse maintenant le sein, car il ne peut à la fois téter et respirer par la bouche, seul passage resté libre à l'air. Ce coryza a quatre caractères principaux qui, d'après Casacca, le feraient reconnaître facilement. Ce sont : la chronicité, la bilatéralité, l'apyrexie et le peu d'abondance de l'écoulement.

On devra le distinguer du :

- a) Coryza simple aigu qui a une évolution plus rapide :
- b) Coryza de la rougeole qui s'accompagne de fièvre, de catarrhe oculaire, laryngé, bronchique et est suivi d'éruption ;
- c) Coryza blennorrhagique qui existe dès la naissance.

Fissures à l'angle des lèvres et à l'anus. — Puisque nous avons mentionné les fissures produites par le coryza, il nous paraît indiqué de mettre ici celles que l'on observe aux deux extrémités du tube digestif, bouche et anus. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter la description qui en a été donnée par Lassègue et Trousseau : « Aux points où la membrane muqueuse se continue avec la peau, à l'orifice de la bouche, comme à celui du rectum, on observe des fissures plus ou moins rapprochées qui rayonnent en suivant la disposition des plis naturels de la membrane. Ces stries vont en diminuant de profondeur et de largeur à mesure que l'on s'éloigne de la membrane muqueuse ; leur fond est d'un rouge vif, saignant, leurs bords sont comme frangés ; à l'ouverture anale, les fissures semblent excoriées moins profondément. »

B. — SIGNES DE PROBABILITÉ

Etat cachectique. — « L'enfant, comme à dit Doublet, présente la miniature de la décrépitude. » Sa peau flasque, molle, ridée, semble trop large pour le corps qu'elle recouvre et laisse proéminer les saillies osseuses. Elle a en outre une couleur jaunâtre que Trousseau comparait à celle qui existe aux doigts des personnes qui ont l'habitude de fumer la cigarette. Les yeux sont excavés, les membres amaigris. Le système pileux est peu développé : cheveux rares, absence ou éclaircie des sourcils et des cils. L'enfant ressemble à un petit vieux, sa figure est flétrie, ratatinée, et, suivant les auteurs, on le compare à un petit singe, à une araignée, etc.

Diminution de poids. — Son poids, au moment de la naissance, est de plus, inférieur à la moyenne (3250 gr.), du moins dans la généralité des cas. Sur 48 enfants syphilitiques nés vivants à la clinique Tarnier, pendant les années 1900 et 1901, Blanchet (1) en a vu plus de la moitié réaliser des pesées variant entre 2500 et 3000 grammes.

Mais cette diminution de poids, comme l'aspect de petit vieux, peuvent être sous la dépendance d'un mauvais état général de la mère, autre que la syphilis (mauvaise hygiène, mauvaise alimentation, misère physiologique, travaux pénibles, etc.) ayant influé sur la constitution du fœtus et on ne

(1) Blanchet, thèse Paris, 1902

saurait considérer ces deux signes comme pathognomoniques de la vérole, surtout s'ils sont isolés.

Plus importantes sont les données fournies par la *courbe d'alimentation*.

On sait que dans les trois premiers jours qui suivent la naissance, l'enfant bien portant perd en moyenne de 100 à 150 grammes de son poids initial, par suite de l'expulsion du méconium, de l'urine et du peu de nourriture qu'il prend. Puis, au bout de ce temps, une augmentation de poids s'annonce qui varie de 20 à 30 grammes par jour.

Chez l'hérédo-syphilitique, les choses se passent autrement ; la perte de poids est en moyenne de 100 grammes par jour, de sorte qu'à la fin du troisième jour, l'enfant a perdu de 300 à 350 grammes. De plus, la courbe, au lieu de remonter, continue à descendre presque verticalement pendant huit, dix jours, parfois davantage, sans que l'on constate ni diarrhée, ni vomissement et en dépit de la quantité de lait ingéré ; l'enfant dépérit, réalisant bien vite l'état cachectique décrit plus haut.

C'est donc là un bon moyen de diagnostic, à la condition d'écarter toutes les causes capables de produire cette déperdition de poids, causes qui peuvent tenir à la mère (bouts de sein non formés, lait peu abondant, inhabileté à nourrir, etc.) ou à l'enfant (bec de lièvre, filet trop court, troubles gastriques, etc.). Malheureusement, ce signe ne se révèle pas tout de suite et il se passe quelquefois plusieurs jours avant qu'il se dessine nettement.

Rapport du poids du fœtus au poids du placenta. — Plus volumineux qu'à l'état normal, blanchâtre et anémié, mou, friable, avec des cotylédons séparés par des sillons profonds, tels sont les caractères que l'on s'accorde à donner au placenta syphilitique. Mais il y a autre chose à rechercher en lui, tou-

les les fois qu'on peut le faire. M. le professeur Pinard a, depuis quelques années attiré l'attention des praticiens sur le poids considérable de ce placenta qui représenterait le quart de celui du fœtus, tandis que le placenta normal n'en représente que le sixième. Diaz, Schwab et Brïdier ont successivement donné des statistiques qui confirmaient en tous points la loi énoncée par Pinard. Mais le docteur Petit, de Lyon, a rapporté l'année dernière plus de 40 observations, en contradiction avec cette loi, et montré ainsi qu'elle ne pouvait constituer un critérium pour le diagnostic de la syphilis.

Que la loi énoncée par le professeur Pinard puisse comporter des exceptions, rien d'étonnant à cela, car on a pu constater cette inversion des rapports chez des nouveau-nés n'ayant présenté aucun symptôme de syphilis, mais elle n'en a pas moins une haute valeur diagnostique, puisqu'elle a permis à cet accoucheur « dans un certain nombre de cas, de reconnaître la syphilis chez le père ou la mère du fœtus, alors qu'elle était passée inaperçue ou plutôt alors qu'en l'absence des lésions actuelles, on n'avait pas diagnostiqué la syphilis ancienne. » (Ribemont, *Précis d'obstétrique*.)

Tels sont les signes sur lesquels le médecin devra compter le plus communément pour diagnostiquer l'hérédité syphilitique. D'autres, tels que lichen, psoriasis, iritis, orchite, ne trouvent pas place ici en raison de leur rareté.

En résumé, l'hérédo-syphilis ne saurait être diagnostiquée avec certitude qu'en tenant surtout compte des manifestations objectives, les signes de probabilité ne devant que rendre le praticien circonspect. Les signes spécifiques eux-mêmes, *ne se révélant guère* qu'après la première semaine, l'examen du nouveau-né devra se prolonger au delà de ce délai, pour pouvoir être affirmatif.

CHAPITRE II

SYPHILIS PRIMAIRE DU SEIN

La transmission de la syphilis par l'allaitement se manifeste principalement par un chancre mammaire. C'est seulement une fois sur quinze que l'on trouve le chancre ailleurs que chez une nourrice. Dans la grande majorité des cas, la contamination se fait par un nourrisson hérédo-syphilitique en puissance d'accidents secondaires (plaques muqueuses de la bouche, sécrétions nasales).

La contagion peut se faire d'un seul côté, plus rarement des deux côtés à la fois, sans prédilection marquée d'un côté plus que de l'autre. Dimay, dans sa statistique, trouve :

132 cas à contagion unilatérale,

74 cas à contagion bilatérale.

Des trois observations que nous publions, une seule fois les chancres ont siégé sur les deux seins à la fois, au nombre de huit à gauche, un à droite ; pour les deux autres cas, nous avons chaque fois deux chancres sur le sein gauche ; leur siège de prédilection est la base même du mamelon, dans le sillon qui sépare le mamelon de l'aréole.

Le chancre de la nourrice est le plus souvent multiple, mais presque toujours il l'est « discrètement », suivant la pittoresque expression du professeur Fournier. Des statistiques toujours si éloquentes de cet auteur, on doit retenir qu'on ob-

serve, dans la très grande majorité des cas, deux ou trois chancres ; plus rarement quatre ; plus rarement encore cinq ; exceptionnellement enfin, six et au-delà. Cette multiplicité, dont une de nos observations constitue un remarquable exemple, ne saurait nous surprendre, étant donné les contacts répétés et prolongés de l'allaitement. Dans notre cas, cependant cette véritable pléiade d'accidents primitifs semble avoir pour origine la survenance d'une gale au moment de la période infectieuse, et l'acare nous apparaît comme un sinistre portier ouvrant de larges voies au terrible virus.

La *durée d'incubation* du chancre mammaire est une question de la plus haute importance et dont il faut tenir le plus grand compte pour déterminer les responsabilités au point de vue médico-légal. L'incubation est la même, qu'il s'agisse d'une infection du sein ou des organes génitaux ; sa durée moyenne varie entre trois semaines et un mois, rarement elle descend à 15 jours ou se prolonge au-delà de un mois.

Le chancre débute, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à plusieurs reprises, par une lésion des plus légères, tout à fait insignifiante, une simple rougeur un peu surélevée dont le centre est rapidement desquamatif et érosif et que les malades négligent le plus souvent. Le diagnostic à cette période est de la plus haute importance car, si le nourrisson n'est pas l'agent de la contagion, il se peut qu'à ce moment-là sa contamination ne soit pas accomplie, et il est possible parfois de l'éviter. Une fois formé, le chancre prend son type définitif, forme une plaie à découvert avec les caractères classiques du chancre cutané. Il prend très rarement la forme croûteuse, étant donné son contact permanent avec la bouche de l'enfant, et se montre comme une érosion peu surélevée, à surface égale, lisse et vernissée, d'une couleur caractéristique chair musculaire et reposant sur une base d'induration le plus souvent lamelleuse et parcheminée. A côté de ce chan-

cre type, on peut trouver les plus grandes variétés de forme, d'étendue et d'importance. Il peut prendre le caractère papuleux, ex-ulcéreux ou ulcéreux ; au lieu de la forme régulièrement circulaire ordinaire, il peut se montrer comme chancre semi-lunaire, fissuraire, en feuillet de livre. Ce chancre enfin peut prendre l'allure phagédique, soit en surface, soit térébrant. Dans tous les cas, il s'accompagne d'adénopathie axillaire, limitée le plus souvent à un seul ganglion.

L'évolution du chancre mammaire se fait comme pour tout chancre, en moyenne entre cinq et sept semaines. Cette évolution est intéressante à connaître au point de vue médico-légal. Pendant un temps variable dépendant du degré de développement de la lésion primitive, l'induration persiste après la cicatrisation pendant deux mois, quelquefois pendant trois et quatre. La cicatrisation laisse à sa suite une petite macule brunâtre, bronzée, qui demande un temps très long pour disparaître complètement. Ce sera donc ces deux signes, persistance de l'induration et macule caractéristique, que le médecin devra toujours rechercher pour faire son diagnostic rétrospectif. Nous avons vu d'ailleurs que leur persistance était plus longue que ne l'indiquaient les auteurs.

Le diagnostic, en général facile, sera à faire d'avec les accidents banaux de la mamelle, comme les fissures, les ulcérations courantes, mais surtout avec l'épithélioma cutané et avec la syphilide gommeuse. Un examen attentif du malade permettra toujours au médecin d'arriver au but désiré, surtout s'il a soin d'établir entre les divers accidents actuels une filiation chronologique des plus rigoureuses.

Le pronostic local du chancre du sein ne se distingue pas du chancre cutané en général : c'est une lésion bénigne. Tout autre est le pronostic de l'infection ainsi provoquée. La syphilis des nourrices présente en effet certains caractères de gravité qui sont dus à l'état physique de la malade. La nourrice,

en effet, se recrute le plus souvent dans un milieu social où les règles les plus élémentaires de l'hygiène n'existent pour ainsi dire pas, et il en résulte une cause d'infériorité pour la résistance à l'infection naissante. Mais ce qui constitue le plus grand facteur de nocivité de cette jeune syphilis, c'est le mauvais terrain sur lequel elle va se développer. La malheureuse qui, pendant neuf mois, a dû dépenser beaucoup plus souvent plus qu'elle ne recevait pour assurer le développement de son enfant, et qui, dans la suite, est obligée d'allaiter, se trouve dans un état de misère physiologique, peu favorable à une résistance sérieuse de son organisme. Chez la nourrice, la syphilis est grave, non pas parce que l'infection s'est faite au niveau du sein, mais parce que, du fait de la grossesse et de l'allaitement, la malade se trouve en période de dénutrition propice à l'évolution rapide et maligne de la syphilis.

Enfin, nous avons suffisamment montré, en présentant nos observations et par l'historique, combien le chancre mammaire comportait un pronostic social, en ce sens qu'il créait pour tout le monde de nombreux risques de contamination.

Comme conclusion de cette rapide esquisse, nous devons admettre que le chancre mammaire, sans présenter une clinique particulière, n'en mérite pas moins toute l'attention du praticien. C'est de sa connaissance parfaite et de son diagnostic précoce, que dépendent souvent l'avenir d'une famille entière, quelquefois même celui du nourrisson.

CHAPITRE III

PROPHYLAXIE ET MEDECINE LEGALE

Nous venons de voir quels signes permettent de reconnaître la syphilis infantile congénitale et nous avons pu nous rendre compte qu'en dehors des manifestations objectives il n'existe pas de signes qui permettent un diagnostic ferme dès les premiers jours. Nous avons étudié également les manifestations syphilitiques dont le sein de la nourrice est le siège. Il nous reste à rechercher les données prophylactiques et médico-légales que l'on peut actuellement tirer de cette étude.

Le médecin peut avoir à intervenir à deux moments bien différents. Ou bien il est consulté dès la naissance de l'enfant et doit se prononcer sur la nécessité et l'opportunité de sa mise en nourrice ; ou bien l'enfant a été mis en nourrice sans son avis et il est consulté pour porter un diagnostic chez un hérédo-syphilitique ou chez une femme en puissance de syphilis constitutionnelle. Dans le premier cas, il aura à étudier attentivement son petit malade afin d'éviter une contamination toujours possible de la nourrice ; dans le second, il aura surtout un rôle d'expert et n'arrivera le plus souvent que trop tard pour empêcher l'infection de la mercénaire.

Prophylaxie. — Etant donnée la fréquence de la transmission de la syphilis par l'allaitement, le praticien doit toujours

y songer au moment de se prononcer sur la question de l'allaitement par une nourrice. Il ne la résout pas toujours sans se heurter à nombre de difficultés à la fois d'ordre médical et professionnel. Le secret professionnel impose certaines entraves à sa liberté d'action, menacé qu'il est par l'article 378 du Code pénal, et d'autre part l'article 1382 du Code civil le met à la merci d'une nourrice à qui il aurait confié un enfant manifestement syphilitique. M. le professeur Fournier, examinant la question en 1878, dit : « Grâce à la combinaison de ces deux articles du Code, le médecin se trouve, en l'espèce, conduit dans une impasse dont il ne peut sortir *sans être coupable*. Qu'il prenne tel ou tel parti, qu'il fasse blanc ou noir, il sera toujours coupable. Car s'il fait blanc, il obéit au premier des deux articles précités, en lésant le second ; et s'il fait noir, il obéit au second, mais en lésant le premier. Donc, la situation est insoluble pour lui légalement ; et il est amené légalement (passez-moi une expression triviale) dans un véritable traquenard sans issue. » La responsabilité du médecin se trouve ainsi lourdement engagée en raison même de la multiplicité des intérêts en jeu, ceux de l'enfant et de ses parents, ceux de la nourrice et de sa famille. Sa situation est sans doute des plus délicates, mais il ne doit, en aucun cas, agir à la légère et se laisser entraîner à faire au profit de l'une ou l'autre partie des concessions susceptibles de favoriser la dissémination de la syphilis, car ainsi que l'écrit Diday : « Le médecin peut être le confident, qu'il ne devienne jamais le complice ». En exigeant la fidèle exécution des prescriptions dictées par son expérience et par sa conscience, il contribuera largement à la prophylaxie de ce véritable fléau moderne. M. le professeur Fournier a donné, dans ses magistraux ouvrages, toutes les indications nécessaires pour cette grave question, et l'on ne saurait mieux faire que d'adopter son opinion.

Nous avons vu en étudiant les stigmates de la syphilis congénitale que les enfants pouvaient venir au monde exempts des signes objectifs de la maladie et que, dans ce cas, un diagnostic précoce devenait très difficile. La question est d'autant plus délicate que si les lésions peuvent attendre jusqu'au troisième mois pour se manifester, c'est dans les premiers jours de la naissance que le médecin devra délivrer le certificat sanitaire permettant le placement en nourrice. Dès le lendemain de la naissance, quelquefois le jour même, les parents demanderont ce certificat. Dans les hôpitaux même, l'administration des enfants assistés qui intervient alors, ne se montre guère plus logique que la clientèle privée et c'est *au plus tard le neuvième jour* qu'elle réclame au chef de service, et cela d'une façon catégorique, le certificat indispensable pour confier l'enfant à une nourrice. Notre observation première est un exemple remarquable des accidents qui peuvent résulter d'une pareille hâte. Toutefois, que l'enfant naisse en apparence sain ou qu'il présente des manifestations spécifiques, nous avons vu qu'il existait certains signes qui, sans avoir une valeur pathognomonique, suffisaient cependant à éveiller l'attention du praticien et à le rendre plus circonspect. Nous aurons donc à envisager deux cas, toujours les mêmes dans la pratique.

PREMIER CAS : *La syphilis est manifeste ou avouée.* — Il peut se faire qu'à sa naissance l'enfant présente des lésions caractéristiques de l'hérédo-syphilis, comme il se peut aussi que l'enfant vienne au monde en apparence sain, alors les auteurs avouent une syphilis constitutionnelle antérieure. Le médecin est consulté sur l'opportunité de prendre une nourrice au sein ou bien il est appelé auprès du nourrisson déjà placé.

Dans la première alternative, le médecin doit exiger de toute son autorité que la mère nourrisse elle-même son enfant. Elle seule peut le faire sans danger, car, d'après la loi de Baumès-Colles « un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique n'infecte jamais sa mère, saine en apparence ». D'autre part, l'enfant, issu de parents manifestement syphilitiques, mais né absolument indemne de la maladie doit également être allaité par sa mère, sans qu'il coure le moindre risque, en vertu même de la loi de Profeta. Le médecin devra donc résister énergiquement aux désirs de la famille et repousser tous les expédients généralement proposés, tels que l'emploi d'un bout de sein artificiel, comme n'offrant pas une sécurité assez grande. Si toutefois les parents entendent passer outre, soit que la mère ne puisse pas nourrir ou ne le veuille pas, « le rêve, dit Fournier, est de fournir à l'enfant une nourrice au préalable syphilitique ; il n'y a pas à craindre la possibilité d'une contagion ». Le petit syphilitique rentre ainsi dans les conditions communes à tous les nourrissons. Malheureusement il est le plus souvent difficile de trouver une nourrice syphilitique, la seule capable de mener à bien le nourrissage de l'enfant. Il ne reste alors qu'une ressource à la famille, c'est de pratiquer l'allaitement artificiel au lait stérilisé avec tous les soins qu'il comporte ou bien encore l'allaitement animal, en utilisant la chèvre de préférence. Mais dans aucun cas le médecin ne doit transiger ou tolérer les demi-mesures, suivant l'expression du professeur Fournier. Si les parents persistent malgré tout à engager la nourrice, le praticien, pour dégager sa responsabilité, n'a qu'à se désintéresser de tout et à se retirer. En agissant ainsi, il arrive le plus souvent au but désiré et il a sauvé une malheureuse d'une contamination certaine. Il doit même, comme le conseille M. le professeur Sarda, prévenir la famille de son désistement par lettre recommandée.

Dans d'autres cas, certains parents, ignorants ou égoïstes, prennent une nourrice sans consulter le médecin. L'enfant paraît sain ou n'a que de légères lésions dont la nature intime est méconnue. Cependant il perd de son poids, se cachectise, et c'est alors qu'apparaissent des ulcérations qui nécessitent la consultation. Le diagnostic est net, il ne reste qu'à soumettre immédiatement l'enfant au traitement spécifique : mais c'est l'examen de la nourrice qui doit être minutieux et retenir surtout le médecin. Si la nourrice est contaminée, nous nous trouverons le plus souvent en présence d'une lésion que nous avons appris à connaître, le chancre mammaire ou ses traces, parfois même des accidents secondaires. Le point capital est de conserver cette nourrice, parce que l'enfant ne saurait en avoir d'autre, pas plus que l'on ne saurait lui confier un autre nourrisson. On conseillera donc aux parents de lui avouer la situation et d'invoquer tous les prétextes susceptibles de la retenir. Mais il peut se faire qu'après un examen minutieux, on ne constate aucune lésion chez la nourrice, il faut alors faire suspendre l'allaitement sous un prétexte quelconque, sans toutefois donner le véritable motif, car l'infection peut ne pas avoir eu encore lieu, et prescrire l'allaitement artificiel. Toutefois, avant de trancher d'une façon définitive la question de la contamination, il sera bon de tenir la nourrice en observation pendant cinq semaines en moyenne, tout en lui interdisant de prendre un autre nourrisson.

DEUXIÈME CAS : *Syphilis soupçonnée*. — Si l'enfant vient au monde dans un état précaire ; s'il présente certaines lésions suspectes, sans être caractéristiques ; si dans les antécédents des parents il y a certains points obscurs et également suspects (avortements, enfants mort-nés, etc.) ; si certaines

circonstances de l'accouchement paraissent douteuses (enfant petit, placenta gros, etc.), l'attention du médecin devra être particulièrement éveillée. Ce dernier devra alors exiger que la mère nourrisse elle-même son enfant ou prescrire l'allaitement artificiel et garder ainsi l'enfant en observation pendant deux ou trois mois. Si, au bout de ce temps-là, il ne s'est rien présenté d'anormal, le nourrisson pourra être mis au sein tout en demeurant soumis à la plus étroite surveillance. Si, au contraire, il est survenu des lésions manifestement syphilitiques, la conduite du médecin sera la même que dans le cas précédent.

Ainsi donc le médecin consciencieux devra se conformer strictement à une surveillance prolongée et sévère de tout enfant suspect. Pour les hérédo-syphilitiques avérés, il n'autorisera que l'allaitement maternel ou artificiel, ou au sein d'une nourrice syphilitique.

Cette ligne de conduite, universellement adoptée aujourd'hui, en particulier par les professeurs Brouardel, Fournier, doit donc servir de guide au praticien, mais à la condition de la mitiger en tenant compte des dernières recherches sur la transmission héréditaire de la syphilis. Que l'enfant, né de parents syphilitiques présente ou non des lésions, c'est un enfant *syphilisé*, s'il n'est pas syphilitique. C'est la loi que Profeta exprime ainsi : « Une mère syphilitique n'infecte pas son enfant né sain ». Cela est vrai pour les enfants d'une mère syphilitique avant sa grossesse, c'est vrai également pour ceux qui naissent d'une mère qui contracte la syphilis avant le cinquième mois sûrement, et avant le septième, probablement, de leur grossesse, mais ce n'est plus vrai quand la mère ne la contracte qu'après le septième mois. Dans ce cas, l'enfant échappe à la transmission syphilitique et peut plus tard contracter la maladie ; on a même des exemples d'en-

fants tellement peu syphilitisés qu'ils ont contracté la syphilis par l'allaitement.

Il est évident que dans les cas de ce genre, c'est à l'allaitement artificiel qu'on devra uniquement avoir recours. Mais sous le bénéfice de cette restriction, ce sont les règles que nous avons énoncées qui doivent servir de guide au médecin.

Médecine légale. — Au point de vue médico-légal, la question de la transmission de la syphilis par l'allaitement intéresse doublement le médecin : il peut être directement en cause pour avoir violé l'un des articles 1382 ou 378, ou bien il peut être désigné par l'autorité judiciaire pour rechercher l'origine de la contamination, de façon à établir les responsabilités.

Dans le premier cas, en se conformant aux règles de conduite que nous venons d'énoncer, il arrivera sans trop grandes difficultés à dégager sa responsabilité. Doit-il avertir la nourrice sur le point de se placer dans une famille syphilitique, des dangers qu'elle peut courir ou doit-il lui déconseiller de s'y engager ? Si, déjà en place, et soupçonnant le mal dont elle est menacée, elle vient le consulter, devra-t-il lui révéler la vérité. S'il s'en abstient, elle pourra le lui reprocher ; elle pourra même, en cas de contamination, l'en rendre responsable. La question est tranchée au point de vue juridique par un arrêt de la Cour de Dijon, du 14 mai 1868, qui subordonne le secret médical « au devoir plus impérieux de sauvegarder la nourrice en lui révélant la maladie du nourrisson ». Sans vouloir entrer dans la discussion juridique de cet arrêt, longuement discuté dans la thèse d'Appay (*Transmission de la syphilis entre nourrice et nourrisson*, Paris, 1875), nous nous contenterons de remarquer, avec Fournier, que cet arrêt est illégal, parce qu'il viole l'article 378, ensuite parce qu'il ne tient aucun compte du secret professionnel.

Bien plus délicate est la situation du médecin chargé d'établir les responsabilités de la contamination. Son rapport, qui ne va pas tarder à devenir exécutoire, doit aplanir des difficultés souvent des plus complexes entre deux intérêts bien différents. Ses conclusions peuvent devenir une source de préjudices pour la famille et une source de chantages de la part de la nourrice. Il devra remonter à l'origine de la contagion, et sans s'exposer à la moindre erreur d'appréciation, il devra se livrer à un examen clinique des plus scientifiques au milieu de situations parfois très embrouillées. Son rôle est loin d'ailleurs d'être toujours commode, comme le prouve l'exemple rapporté par Hamonie dans la *Revue de médecine légale* de 1898, p. 108 :

Les époux X..., dans le courant de l'année 1895, mettaient en nourrice à la campagne, chez les époux B..., un enfant âgé de quelques jours à peine ; la nourrice, examinée par un médecin, avait été reconnue absolument saine et dans les meilleures conditions pour l'allaitement ; le nourrisson n'avait pas été examiné, mais paraissait jouir d'une bonne santé.

Au bout de quelques semaines, Mme B... constatait chez elle une plaie au sein ; le médecin appelé diagnostiquait un chancre syphilitique et ordonnait la cessation immédiate de l'allaitement. Malgré cette précaution, peu de jours après, l'enfant et le mari de la nourrice se trouvaient infectés à leur tour.

Les époux B... intentent une action en dommages et intérêts basée sur l'article 1382 du Code civil. Le professeur Fournier, désigné comme expert, conclut ainsi son rapport : « La nature des accidents constatés ne permet pas de douter que l'enfant X..., atteint de syphilis héréditaire, ait communiqué la maladie à sa nourrice, laquelle l'a transmise à son propre enfant et à son mari.

» Mais après avoir examiné les époux X..., parents de l'enfant syphilitique, examen auquel ils se sont prêtés de bonne grâce, je n'ai pu constater ni sur l'un, ni sur l'autre, la moindre trace de la maladie. Il est donc impossible de dire si la syphilis a été léguée à l'enfant par les deux procréateurs, par l'un ou par l'autre, et par lequel. Toutefois, celui des parents atteint de la maladie devait le savoir, et, le sachant, il n'aurait pas dû confier son enfant à une nourrice ».

Sur ce rapport, la requête des époux B. . fut rejetée.

Nous avons tenu à rapporter cet arrêt pour montrer combien était dure la tâche du médecin-expert, mais il nous semble que la décision prise par les juges constitue une erreur dans l'interprétation du rapport. Le rôle de l'expert est de dire si l'enfant est nettement hérédosyphilitique et s'il l'est, l'origine de la syphilis transmise à la nourrice ; il n'a pas, à notre avis, à chercher celui des deux époux qui est syphilitique.

De cette revue médico-légale, nous devons donc retenir que le médecin peut et doit empêcher la dissémination de la syphilis par les hérédosyphilitiques. Il y arrivera facilement par une connaissance approfondie des signes de cette hérédosyphilis. Son rôle, comme médecin-expert, est bien plus délicat et lourd de grosses responsabilités. Il pourra le remplir cependant tout à son honneur, s'il sait allier à un esprit judicieux, une connaissance précise des modalités cliniques de la syphilis des nourrices.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis transmise par l'allaitement reste malgré tout une affection commune, le chancre du sein qui en est la marque représentant une grande part des chancres extra-génitaux.

II. — A part les manifestations objectives, il n'existe pas de signes ayant une valeur absolue pour un diagnostic précoce de l'hérédo-syphilis.

III. — Le médecin devra examiner ses nouveau-nés avec la plus grande attention, pour dégager sa responsabilité et éviter des contaminations toujours possibles.

IV. — Tout enfant suspect sera mis en observation, au moins pendant deux ou trois mois, durant lesquels il prendra le sein de la mère ou du lait stérilisé. Ce n'est qu'après ce laps de temps qu'il pourra ou non être confié à une nourrice.

V. — Tout enfant manifestement hérédo-syphilitique, avec ou sans lésions spécifiques et quelle que soit la situation de la mère au point de vue syphilitique, sera élevé au sein de la mère, ou au sein d'une nourrice syphilitique, ou artificiellement avec du lait stérilisé.

VI. — Si la nourrice est contaminée par le nourrisson, on

devra, par tous les moyens, chercher à la retenir pour la soigner et l'empêcher d'aller contaminer un autre enfant ou les membres de sa propre famille.

VII. — Le délai de 9 jours, fixé officiellement par l'Assistance publique pour les constatations sanitaires chez le nouveau-né, est notoirement insuffisant et doit être porté au moins à un mois..

VIII. — Le rôle du médecin au point de vue médico-légal est de la plus haute importance, tout en restant très délicat ; en même temps qu'il engage son honneur professionnel, il dispose de la situation sociale de deux familles dignes du plus grand intérêt.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 7 avril 1905
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
P. GACHON.

VU ET APPROUVE :
Montpellier, le 7 avril 1905
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué.
TRUC.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDOYNAUD. — Thèse Paris, 1869.
- APPAY. — Thèse Paris, 1875.
- BAUMÈS. — Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes. Paris, 1849.
- BROUARDEL. — La responsabilité médicale.
- BULTÉ. — Thèse Lille, 1897, n° 57.
- CLAUDE. — Syphilis du sein. Thèse Paris, 1886.
- COLLES. — Practical observations on the venereal diseases and on use of mercury. London, 1837.
- DEPAUL. — Bull. Académie de médecine. Paris, 1869.
- DE ROTHSCHILD (H.). — Traité d'hygiène et de pathologie de la première enfance. Paris, 1904.
- DIDAY. — Traité de la syphilis des nouveau-nés. Paris, 1854.
- DIMEY. — Thèse Paris, 1891, n° 189.
- FEULARD. — Annales de dermatol., 1889-1892.
- FOURNIER. — De la contagion syphilitique. Paris, 1860.
- Leçons sur la syphilis, plus particulièrement chez la femme. Paris, 1873.
 - Gazette des Hôpitaux, 1877.
 - Nourrices et nourrissons syphilitiques. Paris, 1878.
 - Syphilis et mariage, 1880.
 - Syphilis héréditaire tardive, 1886.
 - Semaine médicale, 1887.
 - Annales de dermatol., 1887.
 - Chancres extra-génitaux, 1897.
 - Bulletin Académie de médecine, 1902.
- FREDET. — Union médicale, 1888.

- GAUCHER et GAILLÉTON. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, septembre 1904.
- HUDELO. — De l'immunité syphilitique. Ann. de dermatol., 1891.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1890.
- MAURIAC. — Leçons sur la syphilis primaire. Paris, 1880.
- MOREL-LAVALLÉE. — Annales de dermatol., 1887-1888.
- Union médicale, 1887.
- Congrès de dermatologie. Paris, 1889.
- NIVET. — Fréquence relative des chancres extra-génitaux. Ann. de dermatol., 1887.
- PETIT. — Thèse Lyon, 1904, n° 148.
- PROFETA. — Trattato pratico delle malattie venere et della pelle, 1888.
- SEVESTRE. — Signes de la syphilis précoce chez le nouveau-né. Progrès médical, 1888, n° 49.
- TARDIEU. — Etude médico-légale sur les maladies. Paris, 1879.
- VESLIN. — Ann. de dermatol., 1888.
- REYMOND (P.). — La syphilis dans l'allaitement. Paris, 1893.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Edole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
